

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
ZONA OTIQUE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 19 Février 1894

PAR

Louis-Félix-Hubert RENAUD

Né le 14 mai 1868, à Pontigny (Lorraine annexée)

Ancien Interne de l'Hôpital

Examineurs: { MM. WEISS, président.
SCHMITT, professeur.
VAUTRIN, agrégé.
FÉVRIER, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE G. CREPIN-LEBLOND, PASSAGE DU CASINO

1894

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
ZONA OTIQUE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 19 Février 1894

PAR

Louis-Félix-Hubert RENAUD

Né le 14 mai 1868, à Pontigny (Lorraine annexée)

Examineurs: { MM. WEISS, président.
SCHMITT, professeur.
VAUTRIN, agrégé.
FÉVRIER, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE G. CRÉPIN-LEBLOND, PASSAGE DU CASINO

1894

FACULTÉ DE MEDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH I .

Doyens honoraires : MM. STOLTZ C , I , TOURDES O , I .

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C , I , TOURDES O , I . COZE , I .
V. PARISOT , I , HERRGOTT , I , HECHT , I , BEAUNIS , I .

Clinique médicale.....	M. BERNHEIM  , I  , professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, I  , professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I  , professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I  , professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, I  , professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, I  , professeur.
Chimie médicale et toxicologie	M. GARNIER, I  , professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I  , professeur.
Clinique obstétricale et Accouche- ments	M. A. HERRGOTT, I  , professeur
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, I  , professeur.
Hygiène	M. MACÉ, A  , professeur.
Thérapeutique et Matière médicale....	M. SCHMITT, A  , professeur.
Anatomie pathologique.....	M. BARABAN, I  , professeur.
Anatomie descriptive	M. NICOLAS, A  , professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, chargé du cours.
Histologie.....	M. PRENANT, agrégé, chargé du cours.
Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. SIMON, A  , agrégé, chargé du cours
Physiologie.....	M. RENÉ, A  , agrégé, chargé du cours

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies mentales	M. LANGLOIS  , A  , chargé du cours.
Clinique des maladies des yeux	M. ROHMER A  , agrégé libre, chargé du cours
Clinique des maladies des vieillards...	M. P. PARISOT A  , agr., ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. VAUTRIN, A  , agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER, agrégé, chargé du cours
Accouchements.....	M. REMY, A  , agrégé, chargé du cours.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GUÉRIN, A  .	MM. SIMON, A  .	MM. HAUSHALTER.
RENÉ, A  .	REMY, A  .	FÉVRIER.
VAUTRIN A  .	P. PARISOT, A  .	PRENANT.

AGRÉGÉS LIBRES: MM. SCHLAGDENHAUFFEN, , I , ROHMER, A .

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, , A , Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA GRAND'TANTE J. RENAUD

Aux miens et à tous ceux qui me sont chers

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR WEISS

A TOUS MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

DE L'UNIVERSITÉ DE VIENNE

AU DOCTEUR GELLÉ, DE PARIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555809_0009

INTRODUCTION

Sous le nom de zona otique, nous désignons l'éruption herpétique unilatérale, dont les groupes de vésicules ont pour siège les différentes parties de l'oreille accessibles à notre exploration visuelle : le pavillon, le conduit auditif externe et le tympan.

Nous essayerons de décrire aussi fidèlement que possible cette affection, cherchant à tirer tout le parti que nous pourrons des rares observations que nous avons pu recueillir.

L'idée première de ce travail nous fut inspirée par notre savant maître de l'Ecole de Vienne, M. le Professeur A. Politzer. M. le Docteur Gellé, de Paris, n'a fait que nous encourager à poursuivre ce sujet, nous permettant avec l'affabilité la plus charmante de publier les observations que dans sa longue et brillante carrière médicale il lui avait été donné de recueillir, en plus grand nombre que n'importe qui, car cet éminent professeur d'otologie est

doublé du clinicien et de l'observateur le plus distingué.

Nous rappellerons d'abord d'une façon sommaire dans un premier chapitre l'innervation de la portion externe de l'oreille, puis nous en consacrerons un second à la symptomatologie. Dans un troisième nous décrirons l'éruption, les phénomènes qui la précèdent, l'accompagnent et la suivent. Nous signalerons particulièrement la paralysie faciale dont nous avons la bonne fortune de rapporter deux observations inédites. La première, qui nous suggéra l'idée de ce travail, fut recueillie par nous à la clinique du Professeur A. Politzer, de Vienne, qui a bien voulu nous l'abandonner ; la seconde est due à l'obligeance de notre savant ami le Docteur Prautois, chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Nancy.

Dans un quatrième chapitre nous étudierons les lésions otiques qui ont accompagné le zona auriculaire.

Notre cinquième chapitre est consacré au diagnostic, à la pathogénie, au pronostic et au traitement de cette affection.

Un antique usage nous permettant de remercier nos maîtres, nous sommes heureux de le faire aujourd'hui publiquement.

Que M. le Docteur Rohmer veuille bien accepter le témoignage de toute notre gratitude, car, dès nos débuts dans la carrière médicale, et plus tard pendant l'année d'internat que nous avons passée à son service, il n'a jamais cessé de nous prodiguer les conseils les plus

éclairés et nous a manifesté constamment la plus grande sollicitude.

Qu'il nous soit permis également de remercier MM. les Professeurs Gross, Hergott, Spillmann et Parisot, pour les savantes leçons cliniques qu'ils nous ont données pendant que nous étions attaché à leurs différents services comme externe des hôpitaux.

M. le Professeur Weiss nous a toujours témoigné la plus grande sympathie pendant le courant de nos études, nous lui en témoignons notre reconnaissance; aujourd'hui, il veut bien accepter la présidence de notre thèse, nous lui en exprimons toute notre gratitude.



HISTORIQUE

Le nom de Zona otique n'a pas encore été donné à l'affection que nous décrivons aujourd'hui, aussi, notre historique sera forcément réduit à peu de chose.

Dans les traités d'otologie nous ne trouvons en général que quelques mots sur l'herpès zoster auriculaire. Politzer dans son *Manuel d'otologie* lui consacre quelques lignes et signale le premier, la paralysie faciale comme pouvant accompagner l'éruption des vésicules. Cette paralysie, dit-il, est très tenace et demande en général plusieurs semaines avant le retour à l'état normal (1). « L'herpès zoster est
« caractérisé par le développement très douloureux de
« vésicules plus ou moins agminées, sur une peau forte-
« ment hyperhémiee. Le siège de ces vésicules est tantôt
« la partie postérieure du pavillon, la partie antérieure, le
« lobule de l'oreille, la région du tragus, la partie anté-
« rieure et supérieure du conduit auditif externe. »

(1) Dernière édition de : *Lehrbuch der Ohrenheilkunde*, A. Politzer.

Gruber, dans son traité des maladies de l'oreille, ne dit que quelques mots de l'herpès zoster auriculaire. Urbantschitsch (1) établit une distinction bien nette « entre l'herpès ordinaire, simple affection de la peau, et « l'herpès zoster auriculaire qui doit être considéré comme « symptomatique d'une névrite, son éruption suivant « exactement le trajet de certaines branches nerveuses. »

Schwartze, l'éminent otologiste de Halle, dans son monumental ouvrage, insiste lui aussi sur cette distinction, attirant tout particulièrement l'attention sur les névralgies qui accompagnent l'éruption de l'herpès zoster auriculaire ; névralgies qui se manifestent dans toute l'étendue du nerf, sur le territoire duquel ont apparu les vésicules.

Ces névralgies, dit Kirchner (2) auteur du chapitre, persistent quelquefois bien longtemps après la dessiccation et la cicatrisation des vésicules.

Politzer signale aussi la persistance de ces douleurs.

Gelli dans son *Précis des maladies de l'oreille* ne parle dans le chapitre ayant pour titre *Herpès, eczema* que des manifestations vulgaires, sans signaler le zona otique, n'ayant probablement pas *encore* eu occasion de le rencontrer, car nous lui devons plusieurs observations de ce cas si intéressant.

(1) Urbantschitsch, *Ohrenheilkunde*, Wienn. 2, Auflage.

(2) *Handbuch der Ohrenheilkunde* de Schwartz, Leipzig 1893, 2^e vol., chap. I, par Kirchner.

Dans le dictionnaire de Dechambre à l'article *Zona* nous trouvons signalée l'apparition du zona sur la conque, la portion avoisinante de la tempe, le conduit auditif externe et même la face postérieure de la conque, mais l'auteur n'en fait pas une individualité propre. Hutchnison a dans un cas signalé la surdité consécutive aux violentes douleurs. Singer (1) dans un cas de zona du maxillaire inférieur a vu se développer des vésicules sur la conque, le tragus, la membrane du tympan et produire une perforation de cette dernière.

S. Duplay qui pendant longtemps en France s'occupa des maladies de l'oreille, ne parle pas du zona auriculaire dans son *Traité de Pathologie externe*.

Dans tout le reste de la littérature médicale, nous n'avons pu trouver qu'une observation anglaise dont notre savant ami le docteur St-Clair Thomson de Londres a bien voulu nous envoyer la traduction : Anstie, *On auricular herpes zoster and its treatment*.

(1) Singer, *Zona du maxillaire inférieur*, *Gazette hebdomadaire*, 1865.



CHAPITRE PREMIER

Considérations anatomiques

Les nerfs du pavillon sont de deux ordres, les nerfs moteurs et les nerfs sensitifs.

Ces derniers ont deux origines. Le tragus et une partie de l'hélix sont tributaires du nerf auriculo-temporal, branche du maxillaire inférieur. Le reste du pavillon est innervé par les deux rameaux, interne et externe, de l'auriculaire branche du plexus cervical.

Les rameaux moteurs viennent du facial. Ces différentes branches s'anastomosent entre elles et forment un premier réseau fondamental, d'où émanent d'autres plexus secondaires formés de fibres sans myéline et qui placés immédiatement sous l'épiderme envoient quelques fibrilles dans l'épiderme et vers les follicules pileux de la région.

Les nerfs sensitifs du conduit auditif externe, proviennent à la fois de l'auriculo-temporal, de la branche auriculaire du plexus cervical et du pneumogastrique. Le

rameau nerveux que le pneumogastrique envoie au conduit auditif, est connu sous le nom de rameau auriculaire du nerf vague, qui s'anostomose avec un filet du facial au moment où ces deux nerfs se croisent dans l'aqueduc de Fallope (Testut) (1).

La membrane du tympan est-elle aussi innervée par l'auriculo-temporal et le rameau auriculaire du pneumogastrique, le premier innerve la moitié supérieure, le second la moitié inférieure de cette membrane. La portion interne est innervée par le rameau tymphanique du glosso-pharyngien, ou nerf de Jacobson. (Schwartz, 1 vol., chap. II, par Kessel).

(1) *Traité d'anatomie humaine*, Testut, III, tome 1892.



CHAPITRE II

Avant de commencer l'étude du zona otique, il nous semble utile de rapporter les quelques observations que nous avons pu recueillir.

Observation I (inédite).

Due à M. le professeur GRADENIGO, de Turin

B. F., 12 ans.

A de la fièvre depuis quatre jours.

L'oreille lui démange, est rouge depuis cette époque.

Le patient se gratte avec les mains sales.

A l'examen, la moitié inférieure du pavillon est hyperhémiee. Le long du bord de la portion transverse et descendante de l'hélix on constate une série de petites vésicules, non confluentes, à contenu purulent.

Les douleurs sont très vives.

Le pus est recueilli d'une façon aseptique, puisensemencé sur gélatine et agar-agar.

Les milieux de culture sont restés stériles, pas le moindre développement de colonies.

Médication sublimée : guérison rapide et cessation des douleurs.
Légères cicatrices.

Observation II (inédite)

Duc à M. le docteur GELLÉ, chargé d'un service d'otologie à Lariboisière
et à la Salpêtrière.

Homme — présente des douleurs, des démangeaisons, des élancements dans l'oreille, du prurit, de la chaleur sans écoulement depuis deux semaines. — Sensation d'engourdissement dans tout le côté de face.

A la face on constate un groupe de cinq grosses vésicules acuminées, blanches au sommet, roses à la base, sur un fond rosé vif et surélevé tout autour en forme de plaque, englobant la région de la membrane flaccide et le quart supéro-postérieur du tympan, qui est resté indemne plus bas.

La montre est entendue à 20 ces.

Ce sont des plaques d'herpès.

Le malade ne présente rien ailleurs, ni sur la face ni sur la nuque, ni sur la gorge.

Observation III

Duc à M. le docteur GELLÉ

Femme âgée de 40 ans.

Bonne santé habituelle, est souvent exposée au froid.

Depuis quelques jours, souffre d'une otalgie extrême.

Rien de visible en apparence à l'oreille.

Large plaque ovale sur la paroi pharyngienne au-dessus et

derrière le voile. Cette plaque est couverte de vésicules claires et nombreuses.

Ici herpès pharyngé unilatéral et otalgie.

La trompe d'Eustache était envahie.

Observation IV

Due à M. le professeur GELLÉ

Homme âgé de 39 ans, arthritique, pris d'otite aiguë à gauche il y a deux ans. Paracentèse et guérison par le docteur Gellé.

Depuis deux mois, souffre de violentes douleurs dans l'oreille, avec élancements dans le bord gauche de la langue.

Plaques de nombreuses vésicules, blanches acuminées sur le voile du palais à gauche, sur le pilier antérieur et sur l'amygdale. Les mouvements sont douloureux, mais en outre il existe des douleurs spontanées depuis deux mois.

Cocaïne, calmants, guérison.

Ici éruption de zona après otite.

Observation V

Due à MM. les docteurs GELLÉ et MARTIN, de Cirey

Zona type de la nuque, du pavillon, du cou et de l'épaule, avec otite plastique et varicelle.

Homme de 40 ans, très robuste, est pris subitement de douleurs violentes dans la moitié gauche de la tête, de la nuque et du cou avec ardeur, brûlure de la peau, fièvre assez vive le soir des premiers jours, puis apparition de douleurs otiques, de surdité et de bruits subjectifs du même côté.

Des plaques d'herpès se montrent sur la nuque, le pavillon et le cou, puis le haut de l'épaule, enfin au-dessus du sternum une large plaque couverte de vésicules.

L'éruption du zona est accompagnée d'une éruption générale de vésicules claires à base rosée, très confluentes sur toute la surface du corps, se mêlant aux plaques de zona et qui constituent une varicelle concomitante. En dix jours sous l'action des badigeonnages à la solution de nitrate d'argent, les plaques se flétrissent, les douleurs de brûlure se calment. Les élancements otiques sont plus tenaces mais on a pu éviter la suppuration.

L'examen du pharynx a montré dès le premier jour un gonflement subœdémateux de tout le pilier postérieur, de la paroi latérale qui débordait la luette, mais aucune vésicule n'est apparue de ce côté.

Observation VI

E. GELLÉ, études d'otologie

Femme de 85 ans, diabétique, présente à la fois des plaques herpétiques de la paroi pharyngienne, une otite suppurée, des plaques de vésicules sur la région du pavillon, sur la joue, l'apophyse mastoïde et paralysie faciale.

Observation VII (inédite)

Due à M. le Dr GELLÉ

Le 19 octobre 1893, se présente à la consultation de la clinique otologique de Lariboisière, une femme de 25 ans, ouvrière pâle et amaigrie.

Elle se plaint d'entendre moins bien de l'oreille gauche et d'y



ressentir des bourdonnements depuis deux ans. — Depuis huit jours, elle a été prise de douleurs névralgiques dans toute la moitié gauche de la face et du cou, ces douleurs la font horriblement souffrir, en même temps ses bruits se sont accrus au point de la préoccuper plus que tout le reste.

Les douleurs s'opposent au décubitus du côté gauche.

La parole est légèrement nasonnée. Un peu de gêne de la déglutition dont le sujet ne parle pas spontanément.

Douleurs à la pression sur l'oreille, sur le méat et autour du pavillon.

Pas de torticollis.

A première vue on constate sur la partie gauche du menton, une plaque rouge et plus saillante au centre, sans aspect vésiculaire encore, la plaque a deux centimètres et est lobée, elle est douloureuse à la pression et le siège d'élancements au moment des crises de névralgie faciale.

On observe un second groupe de vésicules, larges, rougeâtres, peu saillantes sur la face antérieure du pavillon, au niveau de la conque, et au-dessus d'elle un troisième plus nombreux, s'étendant jusqu'à l'hélix sans l'englober. Autour des vésicules, la peau a conservé son aspect normal entre les groupes.

Rien d'anormal sur la face postérieure du pavillon, ni sur la région mastoïde. L'exploration de l'oreille montre qu'il y a un groupe de fines vésicules (trois ou quatre) blanches, acuminées sur le fond du conduit, sur la paroi supérieure et sur la membrane de Schrapnell ; tout le reste de la cloison est indemne, mais le ton général de la membrane au niveau de ces vésicules tympaniques est légèrement violeté comme fond. Rien ailleurs sur la peau du conduit. Du côté du pharynx une large plaque de vésicules pâles, fines, sur un fond à peine rosé. La paroi latérale derrière et au-dessus du voile du palais paraît plus rouge et plus saillante que du côté droit. (Voir ci-contre).

Nous trouvons donc en même temps que des douleurs névralgiques de la tête et de la face quatre larges plaques de vésicules sur la peau du pavillon, d'autres sur les muqueuses, bien isolées l'une de l'autre. Sur l'amygdale gauche, le tympan gauche et le menton. Le diagnostic de zona otique est ici légitime.

Observation VIII (inédite)

Due à l'obligeance de M. le Docteur PRAUTOIS, chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Nancy.

Femme de 54 ans, cuisinière, santé habituellement bonne, à part un phlegmon de la jambe et quelques fluxions dentaires.

Se plaint depuis quinze jours d'avoir un peu de fièvre, de la céphalalgie, des douleurs lancinantes dans tout le côté droit de la face.

Trois jours après est apparue une éruption de vésicules assez nombreuses à la région parotidienne, sur la joue droite et sur la conque de l'oreille droite ; puis survinrent des troubles de la motilité à droite, les traits sont effacés ; la bouche est déviée. La paralysie faciale est bientôt complète.

Lors de son entrée à l'hôpital, on constate au côté droit de la face quelques macules brunâtres siégeant sur une ligne allant de l'oreille au menton, quelques-unes siègent au pavillon de l'oreille.

La joue semble tuméfiée, les rides du front sont effacées, ainsi que les traits du côté droit.

L'œil est plus ouvert à droite qu'à gauche, l'occlusion ne peut se faire complètement.

EPIPHORA. — Le sillon naso-génien a disparu.

La commissure labiale est très abaissée du côté atteint. Le malade ne peut arriver à siffler.

La langue, la lnette, le voile du palais ne sont pas déviés.

Motilité des membres intacte.

La sensibilité tactile est diminuée du côté droit.

La malade sent à peine une piqûre d'épingle.

Au niveau des taches brunes la sensibilité est abolie ; sitôt la ligne médiane dépassée cette sensibilité reparait.

Diminution notable de l'acuité auditive du côté droit.

L'acuité visuelle est normale des deux yeux.

Observation IX (personnelle)

Recueillie à la clinique du Professeur A. POLITZER, de Vienne.

G. B., tailleur, se plaint depuis le 4 juin d'un violent mal de tête, qu'il localise au côté droit tout spécialement.

Otalgie insupportable.

Le lendemain, à son déjeuner, sa fille effrayée s'aperçoit que le côté droit de la face reste immobile et l'œil grand ouvert sans mouvements ; en même temps, le malade remarque que les parties molles du côté droit de la face sont gonflés.

Deux jours après le début des douleurs, le 6, B... remarque une série de petites vésicules sur toute la surface du pavillon.

Le malade se présente à la clinique du Professeur A. Politzer, le 12 juin.

L'éruption qui s'est manifestée il y a six jours persiste sur la conque, surtout au niveau de l'anthelix et à l'entrée du conduit auditif externe.

L'introduction d'un très petit speculum est douloureuse et permet de constater une vésicule très nette sur la paroi antéro-supérieure du conduit. Sur le tympan, trois petites vésicules situées au dessus de l'apophyse externe du marteau. Le tympan est très hyperhémie. L'acuité auditive est fort amoindrie à droite. L'acoumètre de Politzer donne comme résultat 15 cent. à droite et 2 mètres à gauche.

Le malade se plaint en outre de bourdonnements à droite.

Aucun ganglion n'est pris.

Nous constatons en outre un effacement complet des plis du front du côté droit ; l'œil largement ouvert ne peut être fermé malgré quelques légers mouvements qui persistent à la paupière supérieure. Le pli naso-génien est à peine marqué tandis qu'il est très accentué à gauche. La commissure labiale est abaissée. La langue n'est pas déviée ; la préhension des aliments avec les lèvres est entravée. Pas de douleurs à

a pression au niveau des vésicules qui sont très douloureuses. La sensibilité est notablement moindre que du côté gauche.

Le fond de l'œil examiné par le Professeur Stellwack von Carion ne présente rien d'anormal.

Jamais antérieurement le malade n'a présenté d'éruption de zona.

TRAITEMENT. — Pommade à la cocaïne qui ne calme les douleurs que pendant un instant.

16 juin. — Les premières vésicules disparaissent, mais on voit deux vésicules nouvelles, bien pleines à contenu clair, les douleurs se calment.

19 juin. — Les douleurs persistent encore, mais moins violentes. Légère conjonctivite de l'œil droit qui n'est plus protégé par la paupière même pendant le sommeil.

La paralysie persiste toujours. Quelques lavages de l'œil à l'acide borique.

20 juin. — Le malade se présente de nouveau à la clinique. Les douleurs ont presque disparu, excepté à la pression au niveau de l'anthélix. Les vésicules ont laissé une cicatrice pigmentée. La paralysie persiste toujours aussi complète.

L'acuité auditive s'est beaucoup améliorée, surtout après une douche d'air d'après le procédé de Politzer. L'acoumètre est entendu à 50 cent.

Le malade est envoyé à la clinique du professeur Kraft-Ebing où il est électrisé, mais sans grande amélioration, jusqu'au commencement d'août.

Observation X (résumée)

ANSTIC. — Practitioner Londres, 1877

Le docteur Anstic observe sur lui-même un cas de zona otique.

Dans son enfance, il eut un zona intercostal, depuis 24 ans il

souffrait de névralgies du trijumeau, surtout de la branche ophtalmique et maxillaire supérieure.

Le 24 août, A... ressentit des douleurs très vives dans le tragus droit, au niveau du conduit auditif, et de l'angle de la mâchoire, ces douleurs s'irradient dans toute la tête. La veille il avait été exposé à un courant d'air très vif dans une maison en réparation. Ces douleurs étaient intermittentes avec quatre à cinq exacerbations par 24 heures.

Le 29 août, les douleurs sont si violentes qu'il se fait une injection de morphine loco dolenti.

Le 6^e jour de sa névralgie il se fit examiner l'oreille au speculum par le docteur Carter, qui trouva le méat et le tympan sains.

Le 31 août, nouvel examen de l'oreille par Carter qui constate une notable tuméfaction du conduit et du tympan. Anstic prie alors son confrère le docteur Hinton d'examiner lui aussi l'oreille, ce dernier constate la tuméfaction précitée et la présence à son niveau de quelques vésicules. Il conseille les émolients en topique et la quinine à l'intérieur, il recommande de préserver soigneusement l'oreille des atteintes de l'air.

En 48 heures le malade prit plus de trois grammes de quinine, ce n'est qu'après cette dose que le malade ressentit un amendement subit dans son état. A ce moment il constata sur le pavillon une série de petites vésicules, deux jours après une nouvelle poussée herpétique se montre à l'angle droit de la bouche, et sur la peau du cou.

Cataplasmes et le 13 septembre toute trace de l'éruption a disparu.



CHAPITRE III

Description de l'éruption. Phénomènes qui la précèdent, l'accompagnent et le suivent.

L'éruption du zona otique comme celle du zona en général débute ordinairement par une série de plaques de coloration rouge foncé, se distinguant facilement de la peau saine. Ces plaques sont plus ou moins nombreuses suivant que les vésicules seront elles-mêmes plus ou moins abondantes ; entre chacune d'elles la peau conserve son aspect normal. Bientôt sur ces plaques formant le fond du tableau, apparaissent les vésicules quelquefois discrètes, quelquefois confluentes. Ces vésicules sont acuminées, blanches au sommet, elles renferment un liquide transparent au début.

Ce liquide se charge bientôt de leucocytes qui donneront plus tard des globules de pus. Dans quelques cas on trouve mêlés au liquide, un certain nombre de globules du sang qui donnent alors à la vésicule un aspect noirâtre tout particulier. La durée de cette vésicule est éphémère,

cinq à six jours lui suffisent pour accomplir son évolution. L'éruption ne se fait pas toujours en une seule poussée et rarement il est vrai, on voit, quand les premières vésicules ont disparu, naître une seconde génération qui suit le sort de son aînée, et même une troisième, la durée totale de l'éruption pouvant être ainsi de deux ou trois septénaires.

Chaque vésicule prise individuellement ne vit qu'un septenaire au plus, à moins que par suite d'un frottement intempestif, cette dernière ne s'ulcère ainsi que nous le voyons dans certaines observations. Nous voyons, en effet, dans la majorité des cas, la vésicule se terminer par dessiccation pure et simple, le liquide qu'elle renferme étant résorbé sur place, ou se transformant en pus qui donne quelques croutelles plus abondantes. Dans ce dernier cas, le derme est atteint, il s'ulcère, se mine, aussi la guérison se fait-elle attendre plus longtemps. C'est surtout dans ces cas où le liquide est passé à suppuration que nous trouvons dans la suite une cicatrice persistante, assez semblable à celle que laisse après elle un bouton de variole.

Cette cicatrice peut être blanche, mais elle est le plus souvent noire chez les personnes dont la peau est fortement pigmentée, ou quand un certain nombre de globules sanguins s'est trouvé mélangé au liquide.

Les vésicules peuvent être semées çà et là sans symétrie apparente, d'autres fois elles suivent exactement le trajet des filets nerveux. Habituellement agminées, con-

fluentes, leur siège de prédilection est le long du bord de l'helix, au niveau de l'anthelix et de la conque ; plus rarement le lobule et le tragus sont atteints, ainsi que la face postérieure du pavillon. Dans le conduit auditif, c'est surtout la paroi supérieure qui est son siège de prédilection. Il est remarquable que quand les vésicules se développent sur le tympan, c'est toujours la moitié supérieure, au-dessus de l'apophyse externe du marteau et vers la membrane flaccide que nous les rencontrons, dans le territoire de l'auriculo-temporal.

Dans aucun cas nous n'avons rencontré une éruption bilatérale.

Après elles, les vésicules laissent assez souvent des cicatrices indélébiles (Obs. I, VIII, IX), ces signes rétrospectifs ne se rencontrent que rarement dans le zona habituel, se trouvant par contre souvent dans le zona ophtalmique, ainsi que le fait justement remarquer Hutchinson « l'herpès frontal, dit-il, laisse après lui des cicatrices persistantes ».

PHÉNOMÈNES ANTÉRIEURS A L'ÉRUPTION

Dans toutes nos observations, la douleur a été un prodrome constant de l'éruption. Cette douleur a été tantôt localisée à l'oreille, tantôt s'est présentée sous forme de

céphalée. Toujours néanmoins cette douleur a été exactement limitée au côté, où plus tard s'est développé le zona. Cette douleur présentant quelquefois des exacerbations, a précédé l'éruption de un à deux jours dans nos observations I, IV, VIII et IX, de huit jours, observ. VII et X, de quinze jours, observation II et même dans un cas de deux mois, observ. III.

La douleur n'est pas le seul symptôme précurseur du zona otique, les démangeaisons, les fourmillements, un sentiment de chaleur, de cuisson, la fièvre, sont venus bien des fois prévenir le malade que quelque chose de particulier allait se passer du côté de son oreille.

La surdité, les douleurs otiques, les bruits subjectifs, bourdonnements, tintouins, sont aussi plus d'une fois survenus pour inquiéter le malade, ainsi que nous le voyons observ. V, VIII. Dans quelques cas, nous voyons la fièvre et les douleurs dominer la scène, comme dans l'observ. X où le malade absorba une énorme dose de quinine avant d'être fixé sur l'affection en présence de laquelle il se trouvait. Les malaises, l'embarras gastrique, les phénomènes généraux peuvent égarer le diagnostic, jusqu'à ce que l'éruption apparaissant, le diagnostic soit nettement confirmé.

PHÉNOMÈNES QUI ACCOMPAGNENT L'ÉRUPTION

Habituellement les phénomènes généraux qui ont

précédé l'éclosion des vésicules cessent complètement ou tout au moins diminuent considérablement d'importance, au moment où celles-ci se sont montrées au grand jour. La fièvre que nous avons rencontrée dans quelques cas seulement au début, ne persiste qu'exceptionnellement.

Les douleurs que nous avons vu précéder l'éruption d'un temps plus ou moins long, constituent encore pendant la durée de son évolution le phénomène le plus pénible et le plus gênant.

Ces douleurs occupent la moitié de la tête et sont ou sourdes ou lancinantes, s'exaspérant par la pression sur le trajet des nerfs et surtout au niveau de leur point d'émergence, donnant lieu à un vrai point douloureux de Valleix. Les douleurs otiques desquelles nous pouvons rapprocher les bruits subjectifs, sont quelquefois assez violentes pour empêcher tout repos : le frottement, l'attouchement le plus léger les exaspère au plus haut degré, aussi avons-nous vu plus d'une fois recommander un pansement occlusif bien immobilisé, ou une couche épaisse de pommade ou d'onguent protecteur.

Les altérations de la sensibilité que nous avons constatées dans plusieurs de nos observations ont été déjà signalées par Boerensprung dans les autres variétés de zona. Tantôt on rencontre une diminution de la sensibilité, tantôt de l'hyperhéstésie en certains points, de l'analgésie en d'autres.

Les élancements otiques ont été très tenaces dans

notre observation IX, persistant longtemps encore après que les plaques étaient disparues et les vésicules flétries. La paralysie faciale est une complication rare mais cependant certaine du zona otique. Dans les dix observations que nous rapportons, nous la trouvons deux fois, dans le troisième cas, elle semble liée à l'otite moyenne suppurée. Politzer l'a signalée dans la dernière édition de son traité des maladies de l'oreille. Le malade que nous avons observé à sa clinique était à la connaissance de ce savant auriste, le troisième qui l'eût présentée. Eulenburg dans le *Centralblatt*, rapporte un cas où une éruption de zona de l'oreille et du cou s'accompagna de paralysie faciale, mais l'auteur crut être en présence d'une paralysie faciale *a frigore*.

Voigt relate aussi un cas de zona occipital et mentonier qui se produisit en même temps qu'une paralysie faciale avec ptosis. Les autres variétés de zona s'accompagnent aussi de paralysie; Hybord, dans sa remarquable Thèse sur le zona ophtalmique, en rapporte sept exemples. Broadbent, Handfield Jones, Joffroy, Fournier, Hardy rapportent des observations de différents zonas, dans le cours desquels on vit survenir des paralysies.



CHAPITRE IV

Des altérations otiques

Ces altérations ont une importance capitale, car ce sont elles qui nous permettent de donner à la manifestation zostérienne dont nous rapportons quelques observations le nom de zona otique.

Analysons donc ces cas et voyons quelles sont les manifestations otiques.

Nous trouvons tout d'abord l'otite externe aiguë, puis la myringite qui se termina dans un cas par perforation du tympan et propagation de l'inflammation à toute la caisse pour donner une otite moyenne suppurée. Dans un second cas, on put éviter la suppuration, mais les autres symptômes furent très accentués et très gênants pour le malade, violentes douleurs sourdes et profondes devenant lancinantes, bruits subjectifs intolérables, surdité qui fut heureusement passagère.

Nous avons constaté l'otalgie dans quatre cas, cette

otalgie ne doit pas être confondue avec les douleurs qui accompagnent d'ordinaire le zona quel que soit son lieu d'élection, ni avec les douleurs de l'otite.

Cinq fois nous trouvons un affaiblissement plus ou moins accentué de l'acuité auditive qui dans deux observations fut réduite à sa plus simple expression, le malade n'entendait plus du tout.

Trois fois nous trouvons les vésicules développées sur le tympan et provoquant une myringite consécutive. Nous pouvons rapprocher cette inflammation de la membrane de la myringite bulleuse décrite par Politzer, et nous sommes convaincu qu'une observation attentive permettrait dans tous les cas de trouver les autres symptômes du zona.

Gellé fait lui aussi ce rapprochement et considère cette forme de myringite comme une manifestation d'herpès aigu et dans un autre passage de son livre il la rattache à l'eczéma subaigu.

Sitôt que les vésicules apparaissent sur le tympan, nous voyons celui-ci s'hyperhémier, sa coloration au lieu de rester gris perle, devient violacée, de chaque côté du manche du marteau, on voit les vaisseaux nettement indiqués, dilatés, sinueux et du pourtour de la cloison nous voyons une série de vaisseaux s'avancer vers le centre donnant à la membrane l'aspect d'une roue de voiture dont les rayons très nombreux seraient peints en rouge.

Le triangle lumineux a disparu.

On peut comparer l'aspect que présente le tympan à celui d'une conjonctivite intense et surtout d'une conjonctivite phlycténulaire, les vésicules d'herpès correspondant aux phlyctènes. Les vaisseaux qui s'irradient ainsi sur le tympan proviennent du conduit auditif externe, qui prend part lui aussi à l'inflammation puisque dans bien des cas nous avons trouvé quelques vésicules au niveau de sa portion supérieure. Quand l'inflammation a ainsi envahi le conduit et le tympan, elle revêt quelquefois un degré d'intensité tel que l'on ne peut plus distinguer la limite exacte de la cloison et du conduit auditif, surtout vers son quart supérieur. Au bout de 24 heures, nous voyons en effet les vésicules sous l'influence de la chaleur humide du conduit se desquammer ; bien souvent l'épiderme ne tombe pas seulement au niveau de la vésicule seule, mais encore tout autour d'elle.

Quand cette chute épidermique s'est produite, le conduit et la cloison ont revêtu une coloration rouge uniforme qui ne permet plus d'établir la ligne de démarcation.

Comment se produisent les troubles de l'acuité auditive ? Ils peuvent avoir pour cause : soit l'obstruction du conduit auditif externe, par suite de l'inflammation ; l'amas des couches épidermiques dans le fond du conduit ; les lésions de la membrane elle-même, ou encore les

lésions de la caisse, qui sait si derrière le tympan il ne se développe pas quelquefois une ou plusieurs vésicules ; il serait curieux d'observer un zona otique chez un sujet dont le tympan et les osselets auraient été détruits par une vieille suppuration.

Les lésions de la membrane en amènent l'épaississement, et par suite, un moins bon fonctionnement ; elle ne peut plus transformer les ondes aériennes en vibrations solidiennes et liquidiennes, son rôle est forcément annihilé. Sous l'influence de cette hypertrophie inflammatoire, la tension ne peut plus être modifiée aussi rapidement qu'elle devait l'être sous l'influence du muscle tenseur du marteau, aussi l'accommodation se fait-elle mal. L'irritation locale se transmet au tensor tympani, qui se rétracte, par sa rétraction produit les bourdonnements et augmente la tension de la membrane ; or, quand la tension s'accroît Savart et Wollaston ont prouvé que l'oreille s'assourdit. Gellé *in Etude* de la sensibilité acoustique au moyen du tube interauriculaire, a démontré expérimentalement « qu'une augmentation très faible de tension accroît la sensation et qu'une tension forte l'atténue au contraire » ; c'est ainsi que l'on peut expliquer l'espèce d'hyperacousie du début.

Quand le zona otique s'accompagne d'otite plastique, il est de toute évidence que l'acuité auditive est diminuée comme dans toute otite aiguë.

La paralysie est une complication assez fréquente du

zona, ainsi que nous l'avons constaté dans notre premier chapitre, mais comment se produit cette paralysie ?

Le zona est, c'est un fait avéré aujourd'hui, dû à des lésions du système nerveux. Tantôt ces lésions atteignent le nerf dans le cours de son trajet, tantôt elles siègent au point d'origine de ses filets, tantôt enfin les altérations auxquelles est dû le zona ont un siège central.

L'étude de la pathogénie et de la physiologie pathologique du zona a été faite surtout pour la variété ophtalmique, à l'étude de laquelle nous allons emprunter quelques-unes de ses théories.

Bowmann croit voir dans le zona l'effet de l'irritation de l'extrémité des nerfs sensibles.

Steffan de Franckfort-sur-le-Main, dans les autopsies de zona ophtalmique qu'il put faire trouva constamment des lésions nerveuses dans le ganglion de Gasser et le tronc du Trijumeau. Le professeur O. Wyss pratiqua l'examen de pièces provenant d'un zona ophtalmique et démontra une névrite du ganglion de Gasser. Lassègue dans une leçon faite à la Pitié, affirme que le zona est l'expression cutanée d'une névrite.

La paralysie qui accompagne le zona est-elle aussi symptomatique de la névrite ? Nous croyons pouvoir l'affirmer. Ce trouble de motilité accompagnant l'herpès zoster disparaît assez rapidement disent les auteurs, dans une de nos observations, nous voyons cependant cette paralysie persister cinq mois et plus. La lésion inflamma-

toire a dû être plus profonde et laisser après elle une prolifération de tissu conjonctif qui ne rétrocede que très difficilement.

Bowater et Vernon ne voient dans ces paralysies, accompagnant le zona, qu'une simple coïncidence. Le zona et la paralysie relevant d'une même cause, le froid, ce peut être une explication plausible dans certain cas, mais que nous ne croyons pas être la vraie, car il serait extraordinaire de rencontrer aussi souvent ces deux manifestations associées, il nous semble plus rationnel de considérer le froid comme cause de la névrite qui se manifeste du côté des filets sensitifs par les troubles de sensibilité et l'éruption zostérienne, et du côté des filets moteurs par la paralysie.

Cette pathogénie, nous semble très claire dans l'observation que nous devons à notre savant ami le docteur Prautois ; dans ce cas nous ne trouvons, en effet, comme antécédents immédiats absolument rien, pas même le froid ; mais comme antécédents médiats nous trouvons une vieille affection dentaire, qui a pour conséquence de provoquer une névrite du maxillaire inférieur à laquelle participe le filet auriculo-temporal ; par ses nombreuses anastomoses dans le pavillon avec les filets moteurs venus du facial, l'inflammation s'est propagée à ce dernier et a eu pour conséquence la paralysie faciale. Telle est dans bien des cas la pathogénie de cette complication.

Dans d'autres cas, nous croyons pouvoir trouver

encore une autre explication, nous avons vu qu'une otite moyenne peut être un des syndromes du zona otique, dans ce dernier cas, le facial peut être irrité dans le canal de Fallope et la paralysie faciale pouvoir s'expliquer de cette façon.

Dans un mémoire lu par le docteur Gellé, au Congrès de Berlin, en 1890, l'auteur rapporte, en effet, que dans deux cas de paralysie faciale accompagnant l'otite grippale il put observer deux fois le zona du pavillon, de la joue et du pharynx.

Dans ces cas, la paralysie s'explique par la propagation de l'inflammation de la caisse au canal de Fallope, le facial se trouve alors comprimé dans sa gaine osseuse par l'infiltration œdémateuse du périoste du canal.

Comme pathogénie du zona on invoque souvent le traumatisme. Charcot, dans le *Journal de physiologie*, rapporte un très bel exemple de zona consécutif à un coup de feu de la jambe ayant lésé le sciatique. Rouget, Raynaud, Bouchard, Bærensprung signalent des cas de zona traumatique. Schiffer cite un cas de paralysie faciale et de zona ophtalmique dû à la compression du trijumeau par un sarcome mélanique du sphénoïde.

Il sera intéressant de rechercher et de noter si le zona otique ne se manifeste pas bien souvent en même temps que la paralysie faciale due à une otite moyenne suppurée, et si l'éruption que l'on considère comme produite par l'irritation du pus n'est pas une éruption herpétique, dans

ce cas nous aurions affaire à un zona otique secondaire, et l'inflammation suivrait ici le contrepied de la voie que nous avons signalée, allant des nerfs moteurs vers les nerfs sensitifs. La paralysie faciale dans ce dernier cas est beaucoup plus fréquente. Gellé, dans un récent travail de janvier 1894, rapporte 10 cas de paralysie sur 42 observations d'otite moyenne suppurée.

L'anatomie pathologique du zona a fait dans ces dernières années de grands progrès, grâce aux autopsies qui ont pu être faites, et qui ont prouvé que cette éruption était bien en rapport avec une inflammation des nerfs incriminés.

Un malade de Danielsen meurt deux mois après avoir présenté un zona intercostal, le nerf examiné histologiquement fut trouvé gonflé et rouge, le nerf était fortement injecté. Esmarch examina le sciatique d'un malade ayant eu un zona de toute la jambe ; à sa sortie du bassin, le nerf était infiltré et fortement hyperhémie.

O. Wyss, de Zurich, autopsia un malade ayant succombé au courant d'un zona ophtalmique, la portion interne du ganglion de Gasser était infiltrée de sang, les fibres nerveuses dissociées par le pus, les cellules nerveuses étaient elles-mêmes altérées.

Le zona est donc bien en rapport avec une névrite et nous pouvons conclure avec certitude que quand on fera l'examen des nerfs d'un zona otique on trouvera de semblables lésions et même probablement une lésion de la portion externe du ganglion de Gasser.

CHAPITRE V

Diagnostic. — Pronostic. — Traitement

DIAGNOSTIC

Quand on se trouve en présence d'une éruption vésiculeuse du pavillon, s'accompagnant de douleurs névralgiques, d'otalgie violente, le diagnostic de zona otique s'imposera. La marche de l'éruption, son unilatéralité, les phénomènes otiques ne laisseront bientôt plus aucun doute à l'esprit.

La confusion ne pourra être faite qu'avec l'herpès simple, ce dernier offre en effet une éruption ayant toute l'apparence de celle du zona, ainsi que nous avons pu le constater récemment chez un de nos jeunes camarades, mais chez celui-ci l'éruption était absolument indolore comme celle de l'herpès labial, et en outre sujette à de fréquentes récurrences chaque fois que le jeune patient avait un peu de fièvre. Le zona otique, comme le zona ophtal-

mique, ne récidive pas, tout ou moins n'en avons-nous pas trouvé d'observations.

Au début, la confusion serait encore possible avec l'érysipèle du pavillon, mais dans ce dernier cas, la rougeur ne suit pas le trajet d'un nerf, elle envahit indistinctement tout le pavillon, l'apparition des vésicules vient bientôt affirmer le diagnostic, les bulles qui se rencontrent quelquefois dans l'érysipèle ne ressemblent en effet en rien aux vésicules du zona. Le liseré caractéristique ne se rencontre pas dans le zona. L'érysipèle ne se développe pas en plusieurs endroits à la fois, il commence au niveau d'une fissure puis s'étend comme une tache d'huile ; les plaques de zona sont, au contraire, disséminées, restant toujours séparées par des intervalles de peau saine.

Dans l'érysipèle, les symptômes généraux sont plus accentués que dans le zona, bien souvent les ganglions sont tuméfiés, ce qui est exceptionnel dans le zona auriculaire.

Le zona otique comme le zona de la face en général, laisse après lui des cicatrices que nous ne trouvons pas après l'érysipèle. L'examen bactériologique nous viendra aussi en aide ; dans un cas nous trouverons le streptococcus erysipelatus ; dans l'autre, nous ne trouverons en général qu'une culture stérile ou tout au plus les microbes ordinaires de la suppuration. Dans le seul des cas que nous rapportons, où l'examen bactériologique fut fait par M. Gradenigo, l'éminent professeur de Turin, celui-ci fut négatif.

PRONOSTIC

Le pronostic se dégage de nos observations ; relativement au zona des autres régions du corps excepté celui de la face et le zona ophtalmique en particulier, il est d'une certaine gravité. Les douleurs qui l'accompagnent peuvent persister pendant longtemps après. Quand le processus inflammatoire a atteint la membrane, il laisse bien souvent après lui des opacités du tympan.

La perforation du tympan qui en est quelquefois une suite, laisse la caisse ouverte à tous les agents d'infection venant du dehors, l'oreille ressemble à un œil que ne protègent plus les paupières.

Les troubles de la sensibilité dont la durée est souvent bien longue, la paralysie faciale tenace, font que le pronostic tout en étant bénin implique cependant une certaine gravité.

TRAITEMENT

Du traitement, nous dirons peu de chose. Laissant de côté les lotions, cataplasmes, compresses antiseptiques, cautérisations au nitrate d'argent, perchlorure de fer, extirpation des vésicules au bistouri, nous recommanderons

de protéger l'éruption par une bonne couche de pommade à l'iodoforme, qui est en même temps anesthésique, ou une poudre d'amidon additionnée de cocaïne ou de morphine ; contre les douleurs trop violentes, une injection de morphine, ou dans quelques cas d'atropine, de cocaïne ou même simplement d'eau distillée.

A l'intérieur quelque potion calmante et analgésique.

La paralysie est justiciable de l'électricité.



CONCLUSIONS

Le zona otique est la variété de zona dont l'éruption a pour siège le pavillon de l'oreille, le conduit auditif externe, le tympan.

Avec l'éruption cutanée existent des lésions otiques dont les plus importantes sont après l'otalgie et les bruits subjectifs, la myringite, la perforation du tympan, la paralysie faciale cancomitante.

Tels sont les matériaux que nous avons pu réunir sur cette localisation particulière du zona de la face. Peut-être cette modeste étude attirera-t-elle l'attention sur cette affection peu connue et engagera-t-elle à rechercher et publier à l'avenir de nouvelles observations.

Vu par le Président de thèse,

Nancy, le 9 février 1894.

WEISS.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 9 février 1894.

Le Recteur,

A. GASQUET.

